

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N° 237

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

HADDAD, Mohamed

né le 10 Novembre 1928 à TUNIS (Tunisie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

QUELQUES REFLEXIONS SUR L'EMETINE

Président : M. G. LAVIER, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : HADDAD

Prénom : Mohamed

Date de soutenance :

N° d'ordre :



1

HADDAD, Mohamed
Quelques réflexions sur
l'émétine
Paris Dact. In 4° 23 p.
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

2

HADDAD, Mohamed
Quelques réflexions sur
l'émétine
Paris Dact. In 4° 23 p.
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

3

HADDAD, Mohamed
Quelques réflexions sur
l'émétine
Paris Dact. In 4° 23 p.
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

4

HADDAD, Mohamed
Quelques réflexions sur
l'émétine
Paris Dact. In 4° 23 p.
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

Année 1959

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

HADDAD, Mohamed

né le 10 Novembre 1928 à TUNIS (Tunisie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

QUELQUES REFLEXIONS SUR L'EMETINE

Président : M. G. LAVIER, Professeur

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Strohl (A.) Tanon, (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Bactériologie.	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale.	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique	REDON (H.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	MÉNÉGAUX (G.)
	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	de GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie.	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire.	MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale	LAMY (M.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques.	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	DE GENNES (L.)
	MOREAU (R.)
	BARIÉTY (M.)
	DEBRAY (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médicale propédeutique	BOULIN (R.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de neuro-chirurgie	LACOMME (M.)
	VARANGOT (J.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL (P.)
	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique	AUBIN (A.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie Sociale.	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	MICHAUX (L.)
Clinique psychiatrique infantile	LELONG (M.)
Clinique de puériculture.	COSTE (F.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale.	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique.	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale	FEY (B.)
Clinique urologique.	DJOURNO (A.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	GIROUD (A.)
Embryologie.	SOULIÉ (P.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	VERNE (J.)
Histologie.	TURPIN (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance.	JOANNON (C.)
Hygiène et médecine préventive	PIÉDELIEVRE (R.)
Médecine légale	DESOLLE (H.)
Médecine du Travail	GALLIARD (H.)
Parasitologie	COUVELAIRE (R.)
Pathologie chirurgicale	LAVIER (G.)
Pathologie exotique	LENÈGRE (J.)
Pathologie expérimentale et comparée.	MERKLEN (F.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel).	DECOURT (J.)
Pathologie médicale.	GARCIN (J.)
Pathologie et thérapeutique générales.	CHEYMOL (C.)
Pharmacologie et matière médicale.	BINET (L.)
Physiologie	DOGNON (A.)
Physique médicale	DESGREZ (H.)
Radiologie médicale	PATEL (J.)
Tec nique chirurgicale	BROUET (G.)
Thérapeutique.	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	ELMAS (A.), pr. s. ch. CABROL (G.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.), pr. s. ch.	Pathologie chirurgicale . . .	BARCAT (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J. M.) N . . . N . . .
Anatomie pathologique . . .	BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)	Pathologie expérimentale . .	LÉPER (J.) MAURICE (P.) HAGUENAU (J.), pr. s. ch. BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P.) MACREZ (Cl.) MILLIEZ (P.) PÉQUIGNOT (H.) RAMBERT (F.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N . . . N . . .
Anesthésiologie	N . . . N . . .	Pathologie médicale	PEQUIGNOT (H.) RAMBERT (F.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N . . . N . . .
Bactériologie	HAUDUROY (P.), pr. s. ch. (dét.) NÉVOT (A.), pr. s. ch. CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.) BARBIER (P.)	Pédiatrie	JOSEPH (R.) LOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.) N . . . N . . .
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr. s. ch. (dét.) DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (G.)	Pharmacologie	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch. N . . . N . . .
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Physiologie	BARJETON (D.), pr. s. ch. PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.) GOUGEROT (L.) N . . . N . . .
Carcinologie	N . . . N . . .	Physique médicale	KREIS (B.) PICHOT (P.) N . . . N . . .
Dermato-Syphiligraphie . . .	DUPERRAT (B.)	Pneumo-Phthisiologie	DELBARRE (F.) CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) CHASSAGNE (P.) PERRAULT (M.) KUSS (R.)
Electro-Radiologie	N . . . N . . .	Psychiatrie	DEJOURS (P.) GOUGEROT (L.) N . . . N . . .
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)	Psychiatrie infantile	DEJOURS (P.) GOUGEROT (L.) N . . . N . . .
Hématologie	N . . . N . . .	Rhumatologie	DELBARRE (F.) CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) CHASSAGNE (P.) PERRAULT (M.) KUSS (R.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. N . . . N . . .	Stomatologie	CHASSAGNE (P.) PERRAULT (M.) KUSS (R.)
Hydrologie	CORNET (A.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) PERRAULT (M.) KUSS (R.)
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. DEPARIS (M.), pr. s. ch.	Urologie	KUSS (R.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DEROBERT (L.), pr. s. ch.		
Médecine légale	GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)		
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.) GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)		
Obstétrique	BRÉGEAT (P.) DESIGNES (P.) JUDET (R.) AUBRY (M.) MADURO (R.)		
Ophtalmologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)		
Orthopédie	RUDLER (J.), pr. s. ch. (dét.)		
Oto-rhino-laryngologie	ABOULKER (P.)		
Parasitologie			
Pathologie chirurgicale			

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LÉGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)	Clinique neurologique	DE SÈZE (S.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert) KOURILSKY (R.)	Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)	Clinique ophtalmologique . . .	OFFRET (G.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)	Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Conservateurs	Milles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)		
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRERES ET SOEURS

A MON FRERE ABDELKADER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554027_0009

A Monsieur le Professeur G. LAVIER

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En hommages respectueux

A Monsieur le Docteur EL OKBY

Dont l'affection et l'amitié

ne nous ont jamais fait défaut

En témoignage de notre profonde gratitude

A Monsieur le Docteur Michel MARTINI

Qu'un hasard si heureux nous a permis de connaître;
il a été et reste pour nous, mieux qu'un maître qui
a tant fait pour notre formation :

un excellent ami

Qu'il trouve ici l'expression de notre grande amitié
et de notre sincère reconnaissance.

A Mes Maitres d'Externant des Hopitaux de PARIS

Monsieur le Professeur DE GAUDARD D'ALLAINES

Monsieur le Professeur PASTEUR VALLERY RADOT
et en particulier son Assistant

Monsieur le Professeur Paul MILLIEZ

Monsieur le Docteur A. NETTER

Monsieur le Professeur Gilbert DREYFUS

Monsieur le Professeur RAVINA

Monsieur le Professeur FUNCK BRENTANO

Monsieur le Professeur LACOMME

I . I N T R O D U C T I O N

Pendant des années, l'émétine a été le traitement universellement appliqué de l'amibiase. Il s'agit, on le sait, d'un des deux alcaloïdes contenus dans l'ipéca, *Uragoga ipecacuanha* Rubiacées.

L'ipéca contient donc deux alcaloïdes non utilisés comme vomitifs :

la céphéline

l'émétine

Cette dernière est deux fois moins émétique que la céphéline, mais elle est par contre plus active que celle-ci vis-à-vis de l'*Entamoeba histolytica*. Aussi l'utilise-t-on comme spécifique de la dysenterie amibienne, sous la forme de chlorhydrate d'émétine, à la dose de 5 à 10 cgr en injection sous cutanée (TIFFENEAU).

Si l'efficacité anti-amibienne de l'émétine n'est pas discutée, d'où vient alors que l'arsenal thérapeutique contre cette parasitose se soit enrichi, ces dernières années, de nombreux chimiothérapiques nouveaux, y compris les antibiotiques ?

La réponse est facile : l'émétine est très toxique, et comme l'écrivaient récemment deux auteurs Bordelais, CAMPOURCY et MORETTI, " parmi les médicaments toxiques qu'utilisent les médecins, l'émétine a fort mauvaise réputation. Pour ceux qui, comme LE DANTEC, ont, une fois dans leur vie professionnelle provoqué

la mort d'un malade par l'émétine, la prudence qui est de mise, devient une crainte telle qu'ils risquent fort de priver les sujets atteints par exemple d'abcès amibien du foie, des doses utiles et seules efficaces ".

Valeur certaine de l'émétine, mais toxicité non moins établie du produit, tels sont les deux impératifs entre lesquels se trouve placé le clinicien.

Et c'est pourquoi nous avons pensé qu'il ne saurait peut-être pas tout à fait inutile d'étudier ce problème, d'une part en faisant une manière de bilan de la valeur thérapeutique de l'émétine, non seulement dans l'amibiase, mais dans deux autres indications qui paraissent intéressantes à des titres divers :

- les infections, surtout chirurgicales
- le zona ;

d'autre part, en étudiant les formes des accidents toxiques provoqués par l'émétine, dont la tolérance a pu cependant parfois paraître très grande, nous le verrons.

*
* *

Nous nous sommes limité, pour la présente étude, à la consultation de travaux très récents. En effet, l'émétine est un médicament classique, utilisé depuis un certain temps déjà dans le traitement de la dysenterie amibienne. On peut donc se contenter d'en faire un bilan basé sur des travaux plus ou moins anciens. Par contre, les autres indications du produit, les faits de toxicité, s'appuient surtout sur des recherches récentes.

Dès 1930, il est vrai, C. MATTEI étudiait la toxicité de l'émétine chez l'homme; d'après la détermination de l'élimination urinaire du médicament, il pouvait établir la réalité de l'accumulation du produit, et donc les risques de manifestations toxiques.

En 1946, un fait nouveau : E. MELCHIOR montrait que l'émétine trouvait en dehors des infections amibiennes, d'autres indications en thérapeutique : les infections pyogènes graves. Cet auteur, en 1954, publiait une monographie consacrée à l'émétine et à son efficacité dans les infections chirurgicales graves.

Les acquisitions chimiothérapeutiques dotaient le traitement anti-amibien de moyens nouveaux. Cependant en 1950 P. MELNOTTE faisait un bilan de l'émétine dans le traitement de l'amibiase, bilan qui demeurait malgré tout positif. A.D. CHARTERS, cette même année 1950, montrait les effets toxiques possibles de l'émétine, et en particulier les manifestations d'ordre cardiovasculaire.

L'année suivante, en 1951 par conséquent, L. FAURE et J. LESCOMMIERES de Bordeaux, apportaient une illustration de cette toxicité cardiaque de l'émétine.

Celle-ci cependant conservait sa place dans le traitement des abcès amibiens du foie, en s'associant aux anti-biotiques, auréomycine par exemple : tel le cas de THIODET, FOURRIER et collaborateurs, évoluant vers la guérison, malgré la gravité de l'atteinte, sous l'effet d'un traitement réunissant une association d'émétine et d'auréomycine, et des ponctions évacuatrices.

La toxicité de l'émétine devait être l'objet de nouvelles observations, et CAMPOUCY et MORETTI purent, en 1955, faire état de cas dans lesquels les doses d'émétine avaient été par erreur élevées dans des proportions absolument hors de l'effet thérapeutique, sans qu'aucune manifestation toxique ne s'en soit suivie : d'où la notion de l'inégalité des individus devant la toxicité du produit.

Enfin, des publications récentes proposent une nouvelle indication de l'émétine : le zona. GRIVEAUD, ACHARD et MORIN, de Lyon, semblent avoir été les premiers en 1953 à utiliser largement l'émétine dans ce sens. THUONG DINH VY dit en avoir observé de bons effets, tandis que tout dernièrement, en 1957, VEGAS & VEGAS ont traité avec succès des cas de zona par l'émétine.

*
* *

Le petit travail que nous présentons a donc plusieurs objectifs, d'ailleurs modestes et limités : montrer que malgré les apports nouveaux de la chimiothérapie, l'émétine conserve sa place dans le traitement de certaines formes d'amibiase; montrer aussi que les risques toxiques du médicament ne sont pas imaginaires, ni exagérés, mais que cependant ils sont limités par des faits de tolérance extrême, individuels d'ailleurs, sur lesquels on ne doit pas compter pour escompter l'absence d'accidents; la prudence continue à s'imposer mais elle ne doit pas priver le malade du bénéfice du traitement émetinien lorsque celui-ci doit être utilisé; indiquer enfin les possibilités extra-amibiennes de l'émétine qui paraît efficace dans certaines infections, et dans le zona.

II. - INDICATION MAJEURE DE L'EMETINE : L'AMIBIASE

L'émétine a dans l'amibiase un passé qui dépasse maintenant largement le quart de siècle. Et cependant, des études ont continué à lui être consacrées, en particulier dans les années qui ont suivi la fin de la guerre. Il s'agissait en effet de mettre au point les nouvelles données thérapeutiques d'une maladie extrêmement répandue à ce moment, et pour laquelle étaient proposées des armes nouvelles.

La dysenterie amibienne, l'hépatite amibienne, les abcès amibiens du foie, ont été particulièrement nombreux chez les sujets rapatriés en particulier d'Indo-Chine (on avait déjà connu une première "vague" d'amibiase au cours de la campagne du RIF, au Maroc, en 1925 - 1926).

Il n'est donc pas surprenant que des recherches aient été entreprises et poursuivies pour améliorer le traitement de l'infection amibienne. Des innovations ont été proposées, sous la forme du traitement émetinien par voie buccale, et aussi sous la forme d'associations de l'émétine d'abord à la pénicilline et à la sulfaguadine. Mais dès 1933 on avait commencé à utiliser des anti-amibiens nouveaux, la di-diodohydroxyquinoléine, puis en 1948 la conessine, les extraits totaux d'holarrhène, la chloroquine, les thio-arsénites en 1949, puis la bacitracine, le protistène, enfin l'auréomycine.

Devant cet afflux de médicaments anti-amibiens, considérés par les uns comme extrêmement actifs, par les autres comme inopérants, il semble que l'émétine ait continué à conserver une certaine place, et non des moindres dans l'arsenal thérapeutique anti-amibien. Il est évident que l'on a enregistré un certain

nombre d'échecs de l'émétine, ce que l'on a expliqué par la virulence particulière de l'amibiase indo-chinoise, par la race du parasite, mais surtout par l'association à la parasitose d'une flore microbienne exaltant la virulence de l'amibiase.

La méthode de HARGREAVES, appliqué avec succès par BLANC & SIGUIER, associe l'émétine, la pénicilline et la sulfaguanidine; les résultats ont été également satisfaisants lorsque l'émétine a été prescrite conjointement avec les arsenicaux, ou d'autres anti-amibiens, qui en réalité ont paru davantage agir sur la flore microbienne intestinale que sur l'amibiase proprement dite.

Il faut d'ailleurs tenir compte, pour mettre en oeuvre un traitement efficace, des différentes phases de la maladie et de ses différents aspects. A la phase primaire, on se trouve devant un épisode dysentérique initial sur lequel il faut agir par un traitement d'attaque, à doses élevées. Traitement d'attaque suivi d'un traitement de consolidation. A la phase secondaire, on se trouve devant la colite amibienne, avec pour symptomatologie une diarrhée chronique, des signes neurovégétatifs, une évolution par poussées aiguës séparées par des phases d'accalmies, et compliquée de localisations viscérales. Le traitement est alors continu, prolongé, avec reprise du traitement d'attaque à chaque nouvelle poussée d'amibiase intestinale, à chaque rechute, à chaque nouvelle complication. Traitement d'attaque qui, aussi bien à la phase initiale qu'à la phase secondaire, fait figurer l'émétine associée aux autres anti-amibiens. Pour MELNOTTE, "l'émétine reste le médicament héroïque de l'amibiase aiguë et de l'amibiase compliquée".

COUNEL et collaborateurs ont montré que l'amibiase devait être soumise à un traitement continu et prolongé comportant l'émétine.

Mais la thérapeutique doit également tenir compte des aspects parasitaires de la maladie, tels qu'ils apparaissent à l'examen coprologique. Les épisodes se succèdent en effet, au cours desquels on trouvera des formes végétatives dans les selles, ce qui nécessite des médicaments amoebicides, et des formes kystiques, réclamant des médicaments kystocides.

Le traitement d'attaque doit être mené avec vigueur; et c'est ici que se pose la question de la toxicité de l'émétine à forte dose.

Classiquement, la dose totale ne doit pas dépasser pour une série, 1 cg par Kg de poids du corps du malade, soit 60 cg pour un adulte de 60 Kg, dose à donner en dix jours.

On admet aussi que la dose maxima quotidienne ne doit pas excéder 6 cg.

Enfin, puisque les cures doivent être renouvelées, la prudence veut qu'elles soient espacées de 45 jours au moins (BLANC & SIGUIER). Faute de quoi on s'expose aux accidents toxiques provenant de l'accumulation du produit.

Cette limitation classique a été par la suite dépassée sans accidents. Sous le couvert de strychnine, 1 à 2 mg par jour, de camphre, de vitamine B1, 10 à 25 mg par jour, on saura utiliser l'émétine sans risques d'accidents cardiovasculaires. MELNOTTE a pu ainsi porter les doses à :

un gramme d'émétine en neuf à onze jours pour la dose totale de la série émetinienne;

8 et même 12 cg pour la dose quotidienne,

tandis que la période intercalaire entre deux cures a pu être réduite à trois semaines sans entraîner d'accidents toxiques d'accumulation.

Pour MELNOTTE encore, les manifestations toxiques ont été des plus minimales : douleurs locales au point d'injection, mais qui ne sont pas différentes de celles des doses faibles; asthénie, utilement combattue par la strychnine. Dans aucun cas, cet auteur n'a observé de parésie, de troubles cardiovasculaires. Et il s'est alors demandé si les échecs de l'émétine n'étaient pas simplement dus à une posologie trop timide, par peur d'accidents toxiques.

Des observations récentes continuent à montrer l'efficacité de l'émétine - et son manque de toxicité - dans le traitement des formes graves d'amibiase. Mais on associe le produit aux antibiotiques qui luttent efficacement contre un élément de gravité; l'infection surajoutée.

Citons, entre autres, le cas de THIODET, FOURRIER, PIETRI, CABANEL et SENDRA, d'Alger, qui ont présenté en 1952 un volumineux abcès amibien du foie contenant près de sept litres de pus. Ils en ont obtenu la guérison tant clinique que radiologique, qui se maintenait depuis plus d'un an, sans intervention chirurgicale. Ils ont simplement procédé à des ponctions évacuatrices répétées du pus, et un traitement médical associant l'émétine et des antibiotiques.

C'est un cas analogue qu'a rapporté BHATTACHARYA en 1955 : un malade de 22 ans est hospitalisé pour fièvre irrégulière, douleur dans le quadrant abdominal supérieur droit, dyspnée, oedèmes malléolaires depuis quatre semaines.

L'aspiration au niveau du foie ramène un liquide chocolat dont la culture reste stérile. Des antibiotiques améliorent la situation. On renouvelle l'aspiration du liquide qui contient des cellules hépatiques dégénérées. On institue alors un traitement émetinien, donné en deux cures, avec répétition des aspirations. L'état est excellent au bout de trois mois.

Lors d'une discussion à la Royal Society of Tropical Medecine consacrée à l'amibiase, A. ADAMS a indiqué que dans la dysenterie amibienne aigüe, le meilleur traitement restait la cure de trois semaines d'émétine associée à l'iodure de bismuth, l'acétarsone prenant la seconde place par ordre d'efficacité. Selon l'auteur britannique, les antibiotiques ne doivent pas être utilisés systématiquement, mais seulement dans des indications particulières. WOODRUFF pense lui aussi que l'association émétime-iodure de bismuth est le traitement de choix pour la forme intestinale chronique de la maladie, l'émétine seule étant le traitement de la crise aigüe. Cet auteur n'a observé de rechutes que dans 3% des cas, résultats de loin supérieurs à ceux obtenus par les nouveaux anti-amibiens. Pour les auteurs anglais, les antibiotiques, chloromycétine, chlortetracycline, oxytetracycline, fumagilline, ont été décevants. De plus, leur emploi continu n'est pas sans danger.

*
* *
*

Cependant les bilans établis sur les résultats du traitement émetinien de l'amibiase ne sont pas que positifs. Et il faudrait être de mauvaise foi pour méconnaître les inconvénients du produit, inconvénients qui ont justifié les essais faits avec d'autres préparations, moins toxiques, moins onéreuses aussi.

Un récent " Council on Pharmacy and Chemistry " a publié aux Etats-Unis, en 1956, un rapport concernant le traitement de l'amibiase. Voici ce que nous y lisons à propos de l'émétine :

Les médicaments actuellement considérés comme efficaces et utilisés dans l'amibiase sont :

l'émétine, les arsenicaux, les iodoquinolines, certains antimalariques, et certains antibiotiques; cela aussi bien dans les formes aigües que chroniques de l'amibiase intestinale.

Dans certains pays, poursuit le rapport, on utilise par la voie buccale, dans le traitement de la colite amibienne suraigue et chronique, un mélange d'émétine, bismuth et iode, moins toxique que l'émétine seule. Cependant ce mélange provoque souvent des nausées et vomissements graves qui nécessitent une sédation simultanée et un régime spécial. L'emploi de l'émétine par voie buccale n'est pas souhaitable parce qu'il empêche de préciser la quantité exacte de produit absorbée. Les sulfamides et les antibiotiques peuvent être nécessaires chaque fois qu'il existe une infection microbienne associée et secondaire susceptible de compliquer l'amibiase intestinale chronique.

Dans toutes les formes graves d'amibiases, il faut administrer le chlorhydrate d'émétine par voie parentérale, mais seulement dans la mesure où le traitement émetinien est nécessaire pour surmonter les manifestations graves telles que douleur, fièvre, diarrhée, complications extra-intestinales, tel que l'abcès du foie. Mais l'émétine ne guérit pas l'amibiase intestinale, cliniquement exprimée ou latente. Les formes bénignes de l'amibiase intestinale doivent être traitées par les médicaments susceptibles de supprimer le parasite.

La chlorhydrate d'émétine doit être administrée en injection sous cutanée profonde. La dose usuelle pour l'adulte est de 60 mg par jour, généralement pendant quatre à six jours, jamais plus de dix jours. Dès que les phénomènes graves sont jugulés, il faut remplacer l'émétine par des anti-amibiens efficaces par voie buccale, afin de supprimer les parasites. Les arsenicaux anti-amibiens sont indiqués dans les formes aiguës et chroniques d'amibiase intestinale aux doses buccales suivantes pour l'adulte :

- acétarsone : 0,25 mg trois fois par jour pendant une semaine
- arsthinol : 0,25 mg trois fois par jour pendant cinq jours

- carbasone : 0,25 mg deux fois par jour pendant dix jours;
- glycobarsol : 0g,5 trois fois par jour pendant une semaine ;
- thiocarbasone : 50 - 100 mg trois fois par jour pendant dix jours, etc...

Mais les arsenicaux comportent des risques toxiques avec troubles gastro-intestinaux et éruptions cutanées; ils sont contre indiqués en présence d'atteinte hépatique ou rénale.

Les iodoquinolines sont utiles dans les amibiases intestinales aiguës et chroniques.

Revenons à l'émétine : le Council indique ses inconvénients :

- troubles gastro-intestinaux
- faiblesse musculaire
- dyspnée
- lésions du myocarde, objectivées sur les traces électrocardiographiques.

Aussi, l'émétine est-elle contre indiquée chez les malades atteints de cardiopathie organique, de néphropathie, ou simplement chez les sujets âgés.

Certes, il existe une toxicité émetinienne, toxicité accumulative, par lenteur de l'élimination du médicament et accumulation de celui-ci dans l'organisme.

Chez les insuffisants hépato-rénaux, chez les insuffisants cardiaques, les manifestations toxiques seront évidemment favorisées.

Chez les sujets normaux du point de vue hépato-réno-cardiaque, les incidents restent généralement légers :

- légère baisse de la tension artérielle
- anorexie et nausées.

A un degré de gravité de plus, les incidents seront plus accusés :
diarrhée, oligurie.

Quant aux accidents sérieux, ils consisteront en manifestations neurologiques, polynévrite qui débute généralement par les extenseurs des orteils, accidents cardiovasculaires surtout par imprégnation du myocarde par le toxique. Nous devons à FAURE et LESCOMMERES une observation très typique de la forme cardiaque de l'intoxication émetinienne. Il s'agissait d'un rapatrié d'Indo-Chine de 42 ans, porteur d'une hépatite amibienne présuppurative, rebelle aux traitements, et ayant nécessité trois séries d'émétine en cinq mois. C'est au début d'une quatrième série commencée 43 jours après la fin de la précédente, et après avoir reçu 0 g,16 d'émétine en deux jours, que les accidents cardiaques se produisirent. L'atteinte myocardite aiguë persistant pendant quatre jours, intéressait tout le système de commande, et réalisait une fibrillation auriculaire associée à un bloc fruste auriculo-ventriculaire et à un bloc de branche type commun. La guérison fut obtenue sans sequelles, et vérifiée deux ans plus tard. Il ne semble pas qu'ici, il s'agisse d'une intoxication par accumulation, mais plutôt d'une intolérance acquise par la répétition des cures.

CHARTERS a étudié le comportement cardiovasculaire de onze malades traités par émetine, 9 pour amibiase, deux pour schistosomiase et tous examinés avant et après le traitement émetinien en chlorydrate injecté par voie intramusculaire, à la dose de 0 g,06 chaque fois. Dans tous les cas, on a constaté une chute de la tension artérielle d'environ 8 mm pour la maxima et de 4 mm pour la minima. L'épreuve de tolérance à l'exercice a donné une réponse anormale dans les 7 cas sur 9 étudiés après le traitement émetinien, mais dans 5 cas, la réponse est redevenue ce qu'elle était avant le traitement après trois semaines.

Le rythme du pouls a été en moyenne de 80 avant le traitement, de 86 immédiatement après la cure d'émétine, et de nouveau de 80 trente deux jours après la fin du traitement. Dans 6 cas, les tracés électrocardiographiques se sont montrés altérés après la cure, pour s'améliorer dans 4 cas au bout d'un mois. Mais chez trois malades, les tracés étaient légèrement modifiés avant le traitement, sans doute sous l'effet de l'amibiase elle-même. Enfin, dans deux cas, il y a eu surdose accidentelle. Dans le premier cas, elle a provoqué de la tachycardie, de l'hypotension artérielle, une mauvaise tolérance cardiovasculaire à l'effort et un ECG à bas voltage. Tous ces symptômes devaient disparaître en treize semaines après la dernière injection d'émétine.

Dans le second cas, les doses excessives d'émétine ont provoqué de la diarrhée et une éruption cutanée, qui avaient disparu en trois semaines. On n'a pas observé d'hypertrophie cardiaque, de troubles du rythme ni d'anomalies de la conduction à la suite des injections intra-musculaires de chlorydrate d'émétine.

*

*

*

A l'opposé de ces accidents d'intolérance, il faut considérer les cas dans lesquels les doses excessives administrées par erreur ont été parfaitement supportées.

CAMPOURCY et MORETTI, à qui l'on doit ces trois intéressantes observations concluent cependant que malgré la bonne tolérance de doses massives : 5,18 g en seize jours dans un cas - 3,92 g en 25 jours dans le deuxième cas et 3 g,12 en douze jours dans le troisième cas, il n'y a nullement lieu de se départir des règles de prudence qui dominent le traitement par émétine. Ces trois cas montrent que dans les accidents toxiques, la toxicité accumulative de l'émétine n'est pas

seule en jeu et qu'il s'y ajoute un facteur individuel, d'intolérance dans certains cas, de tolérance accrue dans d'autres cas. Et la posologie journalière à ne pas dépasser reste 8 cg en deux injections (1cg/Kg environ) avec des pauses de 45 jours entre les séries.

III. AUTRES INDICATIONS DE L'EMETINE

D'autres aspects intéressants de la thérapeutique émetinienne sont fournis par des indications extra-amibiennes du produit: certaines infections graves, en particulier de forme chirurgicales, certains zona.

a - INFECTIONS.

C'est surtout à E. MELCHIOR, d'Ankara, que l'on doit des observations illustrant cette nouvelle indication du traitement émetinien. Cet auteur a commencé à utiliser le produit en 1943 en partant des principes suivants :

L'efficacité de l'émetine dans la dysenterie amibienne s'expliquait par une action amoebicide. Mais en réalité, MELCHIOR pense, comme le font nombre d'auteurs actuellement, qu'il s'agit également d'infection banale associée ou surajoutée qui complique et aggrave l'infection amibienne lorsqu'on se trouve devant une hépatite suppurée, un abcès amibien du foie ou du poumon, voire même d'une colite amibienne. L'émetine agit donc vraisemblablement plus sur la flore microbienne que sur le parasite. Pourquoi alors ne pas utiliser cet effet bactéricide dans d'autres infections, celles-là sans aucun rapport avec l'amibiase? Nous avons vu que ce raisonnement avait conduit à associer les antibiotiques à l'émetine dans le traitement des amibiases intestinales. MELCHIOR attribue donc un effet " pyogène " à l'émetine et tenta d'utiliser cet effet dans les infections graves purulentes. Certes, il s'agissait d'infections chirurgicales, dans lesquelles il n'était pas question de supprimer l'intervention. Mais l'émetine a été appliquée péri-opératoirement, puis par la suite uniquement post-opératoirement,

lorsque l'intervention ne donnait pas le résultat escompté. Si alors l'évolution s'est transformée, on a pu en attribuer le mérite au traitement émetinien.

Dans un premier groupe de faits, on a utilisé l'émetine dans les séquelles de l'appendicite opérée tardivement pour des raisons diverses. Dans ces formes graves, comportant souvent des complications telles qu'abcès appendiculaire, péritonite, l'intervention tarde souvent à apporter une amélioration. La fièvre persiste, le péristaltisme ne se rétablit pas, il apparaît des vomissements, du hoquet, un ballonnement et une sensibilité de l'abdomen, tous signes de sombre pronostic. Dans de tels cas, MELCHIOR a obtenu de l'émetine des résultats assez spectaculaires.

Etendant les indications de l'émetine, MELCHIOR a traité des péritonites puerpérales dont on connaît l'habituelle gravité. Après intervention, mais parfois aussi sans elle, l'émetine a parfois transformé rapidement un tableau de haute gravité.

En chirurgie biliaire, l'émetine peut également rendre service. Les suites opératoires d'une cholécystite aiguë phlegmonneuse, d'une occlusion cholédocienne avec angiocholite, peuvent rester très graves, avec persistance d'une zone sensible, diminution de la diurèse, absence de péristaltisme intestinal, tachycardie, somnolence ou agitation. Ici encore, l'émetine a pu dans certains cas heureux, transformer la situation.

Enfin le traitement a été appliqué à des infections plus purement médicales : gangrène gazeuse, suppurations articulaires streptococciques hémato-gènes, furoncle grave de la lèvre supérieure, méningite purulente post-traumatique. Suivant l'urgence, l'émetine a été administrée par voie buccale, utilisée dans les deux tiers

des cas, par voie sous cutanée ou intramusculaire, la voie intra-veineuse étant à déconseiller.

Quant au mode d'action de l'émétine sur les infections graves, il reste assez difficile à expliquer. Il ne s'agit pas d'un effet bactéricide, et bien des infections résistent à cette méthode (par exemple l'érysipèle). De même, alors que l'émétine semble agir favorablement sur une infection localisée ou généralisée elle ne s'oppose pas à la formation d'abcès métastatiques. C'est donc sans doute davantage d'une action antitoxique qu'il s'agit, comme tendrait à le prouver le changement quasi-instantané du tableau clinique, comme si l'émétine déclenchait une crise favorable évoluant vers la guérison.

L'émétine a paru active sur certains germes microbiens, cocci pyogènes, y compris les pneumocoques, les anaérobies de la gangrène gazeuse, le groupe des colibacilles, qui Gram-négatif, sont si souvent rebelles aux antibiotiques telle la pénicilline. Des streptococcies pénicillino-résistantes ont pu être heureusement influencées par l'émétine. Naturellement, il est difficile de chiffrer la proportion des infections susceptibles d'être améliorées par l'émétine. Celle-ci semble devoir être considérée comme un adjuvant utile dans le traitement chirurgical de nombreuses infections graves, abdominales, génitales aussi.

b - ZONA

C'est à VIDAL, de Chatel-Guyon, que l'on doit cette indication de l'émétine dans le traitement du zona.

Par la suite, GRIVEAUD, ACHARD et MORIN, de Clermont Ferrand, ont essayé " avec un résultat inattendu " dans le zona, un traitement extrêmement simple, dont le mode d'action reste d'ailleurs mystérieux.

VIDAL avait signalé cette action de l'émétine sur le zona en 1952.

GRIVEAUD et ses collaborateurs ont publié leurs résultats fin 1952 à la Filiale Lyonnaise de la Société Française de Dermatologie et Syphilographie, à la séance du 26 Novembre 1952.

La recherche des auteurs clermontois a porté sur 13 cas de zona:

- 6 zonas intercostaux,
- 2 zonas cervico-brachiaux,
- 2 zonas ophtalmiques,
- 1 zona occipito-cervical,
- 1 zona sciatique,

enfin, un zona touchant d'un côté le territoire du trijumeau et de l'autre côté la branche ophtalmique.

Trois de ces zonas étaient hémorragiques et très douloureux. Le traitement a été le suivant:

- le premier jour, une injection sous cutanée de 4 cg de chlorydrate d'émétine,

en cas de besoin, l'injection à la même dose a été renouvelée le troisième jour,

- et le cinquième jour, nouvelle injection de 4 ou 5 cg de chlorydrate d'émétine.

Dans un seul cas, une quatrième injection a été nécessaire, encore qu'elle n'entraîna pas davantage d'effet que les précédentes, car ce cas fut un échec. Le traitement émetinien n'avait été entrepris qu'au dixième jour de l'évolution, et après l'échec d'un traitement par l'auréomycine et des applications de rayons ultra-violets : cas mauvais par conséquent, réfractaire à diverses thérapeutiques.

Sur les 12 cas restants, il y a eu onze succès rapidement obtenus, et un demi-échec.

Le traitement émetinien à lui seul, a en effet, réussi à arrêter l'éruption et les douleurs avec une seule injection, dans trois cas; après deux injections dans trois cas; après trois injections dans six cas.

En règle générale, dès le début du traitement, l'éruption a cessé de s'étendre. Les vésicules se sont flétries dans un laps de temps variant entre un jour et demi et trois jours. La sensibilité ganglionnaire a régressé en 24 ou 36 heures. Quant à la douleur, elle a été habituellement calmée six à dix heures après la première injection pour reprendre souvent, mais très atténuée, au bout d'un jour et demi, et enfin disparaître définitivement après la deuxième ou la troisième injection.

Dans tous les cas sauf un, la première nuit qui a suivi la première injection a bénéficié d'un sommeil normal.

Le demi-échec a concerné le cas d'une femme de 74 ans, atteinte d'un zona cervico-brachial hémorragique extrêmement intense et douloureux, et déjà traité - sans succès - par six grammes d'auréomycine. La sédation n'est survenue qu'au sixième jour du traitement par l'émetine, à la suite de troisième injection de 6 cg.

Ce qui est également à noter, c'est l'absence, dans tous les cas traités, d'algies post-zostériennes.

L'effet analgésique est mal expliqué, il semble particulier au zona et n'a pu être obtenu dans des algies post-zostériennes anciennes, datant de six et onze

mois respectivement.

THUONG DINH VY, du Nord Vietnam, a traité les nombreux cas de zona qui règnent dans ce pays d'octobre à avril par l'émétine, après avoir enregistré l'échec des anti-infectieux, urotropine, iode, métaux colloïdaux, salicylate de soude. Les antibiotiques, pénicilline, terramycine, etc, les sulfamides, les vitamines, ne donnent pas de résultats constants.

THUONG DINH VY a donc traité une quarantaine de zonateux par les injections de chlorydrate d'émétine, avec des guérisons rapides dans tous les cas. L'auteur a utilisé la posologie appliquée dans le traitement de la dysenterie amibienne:

des injections quotidiennes sous cutanées ou intra-musculaires, de doses variant de 0,01 à 0,06 cg selon l'âge et le poids des malades.

Le nombre des injections a varié entre une et cinq, selon le moment de l'évolution, l'âge de la maladie au moment de la mise en oeuvre du traitement, suivant aussi, l'étendue des vésicules.

Afin de mieux juger du rôle de l'émétine, aucun autre médicament n'y a été associé, aucune application locale n'a été faite. Simplement les vésicules ont été protégées par une simple gaze aseptique afin d'éviter les frottements dans les régions exposées, région axillaire, région cervicale; ailleurs, les lésions ont été laissées exposées à l'air libre.

Les résultats ont été excellents dans tous les cas.

En effet :

- Dès la première injection, on a enregistré un arrêt de l'éruption;
- En cas de réactions générales, celles-ci ont rapidement disparu;
- Les vésicules ont présenté un affaissement rapide, et une cicatrisation accélérée;
- Les algies ont disparu;

enfin, dans tous les cas, les injections d'émétine ont été suivies d'une guérison complète et définitive sans séquelles, algiques, guérison obtenue dans un délai de quatre à huit jours.

Et l'auteur Vietnamien conclut :

" Devant ces résultats remarquables, on serait amené à dire que le chlorydrate d'émétine est le médicament spécifique du zona "

Très récemment, GIRARD, POTTON et GRIVET ont rapporté trois observations de zona qui ont été traitées par l'émétine selon la technique de VIDAL et GRIVEAUD : dans les trois cas, la guérison totale a été obtenue par trois injections de chlorydrate d'émétine, sans aucune séquelle douloureuse.

Citons enfin les observations très récentes de VEGAS & VEGAS :

Trente et un malades atteints de zona ont été traités par des injections sous-cutanées quotidiennes de chlorydrate d'émétine, à des doses variant entre 20 et 60 mg, les injections ayant été au plus au nombre total de cinq.

Sur ces 31 cas, on compte 30 succès.

La maladie a été enrayée à la suite de la première ou de la deuxième injection; la douleur a disparu en douze à soixante douze heures, suivant les cas.

*
* *

Ainsi, malgré l'apparition de nombreux chimiothérapiques amoebicides peu ou pas toxiques, l'émétine conserve sa place, seule mais surtout en association avec d'autres médicaments, dans le traitement de l'amibiase intestinale et ses complications.

La notion de toxicité de l'émétine persiste, bien que des faits de grande tolérance la diminuent, en faisant une part à la sensibilité individuelle, à côté de la notion de toxicité cumulative. Il est évident cependant que les malades dont les appareils d'élimination, hépato-réno-cardiaques, ne fonctionnent pas de façon satisfaisante, ne doivent pas être soumis aux risques d'un traitement éméтинien dont l'accumulation sera favorisée.

Mais nous disposons de moyens thérapeutiques d'atténuer les incidents thérapeutiques de l'émétine, soit en renforçant les appareils et organes menacés soit en associant à l'émétine des médicaments agissant par eux-mêmes sur l'amibiase et surtout les infections associées.

Enfin, le chlorydrate d'émétine a paru efficace dans certaines infections chirurgicales graves, et surtout, il exerce une action curative quasi-constante sur le zona, faisant disparaître l'éruption, les algies, les signes généraux éventuels, entraînant ainsi une guérison rapide et définitive, sans apparition d'algies post-zonateuses.

IV . C O N C L U S I O N S .

I.- L'émétine, utilisée depuis bientôt un demi-siècle dans le traitement de l'amibiase, a connu une éclipse d'une part parce que le produit peut entraîner des accidents toxiques, d'autre part, parce que son action a paru inconstante (du fait sans doute de la limitation de la posologie dans la crainte de déclencher des accidents). D'autres chimiothérapeutiques ont été introduites avec des succès divers, sans toutefois rayer totalement l'émétine de la liste des amoebicides usuels.

II.- La tolérance de l'émétine paraît actuellement meilleure qu'on ne l'avait admis longtemps, ce qui autorise une posologie un peu plus élevée, donc plus régulièrement active. L'association de l'émétine aux autres amoebicides, mais aussi aux anti-biotiques, qui agissent sur l'infection si souvent présente dans l'amibiase, donne des résultats satisfaisants.

III.- L'émétine connaît de nouvelles indications :

les infections graves, surtout chirurgicales,

mais surtout le zona, qui paraît répondre de façon pratiquement constante à quelques injections de chlorydrate d'émétine, cinq au plus, plus souvent deux ou trois, avec effacement et disparition des vésicules, suppression définitive des algies et des signes généraux lorsqu'ils existent, sans séquelles algiques post-zonateuses.

VU :

LE DOYEN

Léon BINET

VU :

LE PRESIDENT DE THESE

G. LAVIER

VU :

et PERMIS d'IMPRIMER

LE RECTEUR

DE L'ACADEMIE DE PARIS

JEAN SARRAILH.

V. -- NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

- A. CAMPOURCY Tolérance paradoxale à des doses massives d'émétine
G. MORETTI Presse Médicale LXIII page 922 - 15 Juin 1955
- A.D. CHARTERS Toxic action of Emetine on cardiovascular system
Transactions Royal Society of Tropical Medicine XLIII
pages 513 - 522 Mars 1950
- L. FAURE Forme cardiaque de l'intoxication émetinienne
J. LESCOMMIERES Soc. Med. Chir. Bordeaux 8 Février 1951
- M. GIRARD Action de l'émétine sur l'évolution du zona
F. POTTON Société Médicale des Hopitaux de Lyon
GRIVET 18 Janvier 1954
- GRIVEAUD Un traitement intéressant du zona
ACHARD Lyon Médical LXXXVII pages 319-320
MORIN 1953
- C. MATTEI Toxicité, élimination urinaire et accumulation de l'émétine
chez l'homme.
Bull. Mém. Soc. Med. Hop. Paris XLIV pages 531 - 534
Avril 1930

- E. MELCHIOR Sur l'emploi de l'émétine contre les infections pyogènes graves.
Presse Médicale LVIII pages 729- 730 -
2 Novembre 1946
L'émétine: son efficacité dans les graves infections chirurgicales.
8° Stuttgart 1954 132 pp
- P. MELNOTTE Amibiase et émétime
Presse Med. LVIII page 870 5 Août 1950
- J. THIODET Absès amibien du foie considérable traité et guéri par
A. FOURRIER l'association émétime-auréomycine et ponctions évacuatrices
H. PIETRI Soc. Med. Hopitaux d'Alger
G. CABANEL Séance du 29 Février 1952
L. SENDRA
- THUONG DINH VY Emétine et zona
Presse Médicale LXII page 955 19 Juin 1954
- VEGAS & VEGAS Traitement du zona par l'émétine
Annales de Dermatologie aout 1957

TABLE DES MATIERES

I . -	Introduction	1
II. -	Indication majeure : l'amibise	5
III -	Autres indications	15
	a - Infections	15
	b - Zona	17
IV. -	Conclusions	23
V . -	Notes bibliographiques	I

